

LE TIBIA DE L'ABSENCE
CONGÉNITALE DU PÉRONÉ

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SEBAG LOUIS-ELIE

Né le 12 Mars 1893, à Monastir (Tunisie)

LE TIBIA DE L'ABSENCE
CONGÉNITALE DU PÉRONÉ

Président : M. A. BROCA, Professeur.

PARIS
ÉDITIONS DE LA VIE UNIVERSITAIRE
13, QUAI DE CONTI

1924

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LEGENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses.....	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	De LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	BROCA (Auguste).
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique	SEBILLEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIERE.
BLANCHETIERE.	GREGOIRE.	LERI.	STROHL.
BRANCA.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CAMUS.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LABBE (Henri.)	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	
DEBRE.	LARDENNOIS.	PHILIBERT.	
DESMAREST.		RATHERY.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MAITRE A. BROCA

Professeur de clinique chirurgicale infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Officier de la Légion d'honneur

*Nous le remercions beaucoup de nous
avoir inspiré le présent sujet, et du très
grand honneur qu'il nous a fait d'accepter
la présidence de notre thèse.*

A TOUS MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Nantes et de la Faculté
de Médecine de Paris

*Témoignage de mon profond respect et
de ma très vive reconnaissance.*

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

INTRODUCTION

Presque toujours, l'absence congénitale du péroné s'accompagne d'une déformation angulaire du tibia.

Cette déformation, a été signalée par Meckel en 1812, puis en 1857, Gurlt lui réserve dans son ouvrage une description assez détaillée. Plus tard, elle fut étudiée par MM. Broca, Houel, Brodhurst, Little, etc., sous le nom de « fracture intra-utérine du tibia ».

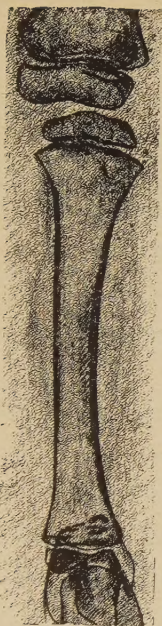
Vilcoq, en 1889, nous dit dans sa thèse, que dans les fractures du tibia, « ce qu'il y a de curieux, c'est l'arrêt du péroné correspondant » et, en dehors de celles-ci, cet arrêt de développement « constitue une véritable rareté clinique ».

Il a remarqué l'absence soit partielle, soit totale du péroné. Il a constaté l'atrophie des muscles péroniers et tibiaux; le raccourcissement du membre malformé. Avec l'absence du péroné, il a signalé la coexistence de main-bote, bec-de-lièvre, hydrocéphalie, syndactylie.

Dareste, insiste sur le rôle joué par la compression de l'amnios dans les malformations congénitales.

Depuis cet auteur, l'absence congénitale du péroné est étudiée séparément comme une affection indépendante de la fracture intra-tuérine du tibia.

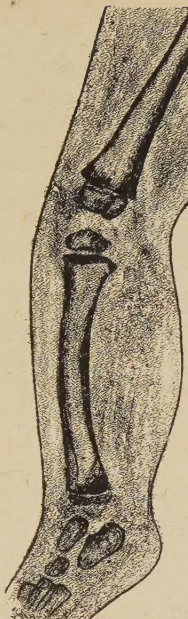
Hoffa, Kümmel, Haudeck rapportent plusieurs cas. M. Kirmisson relate d'autres cas dans son traité des « Maladies chirurgicales d'origine congénitale ». En 1904, M. Broca, dans la thèse de son élève Dubrac, rapporte trois cas. Il nous a fait étudier aujourd'hui l'état du tibia dans ces conditions. Nous le remercions vivement de nous avoir confié ce sujet et de nous avoir guidé, dans notre travail, de ses bons et précieux conseils. Nous adressons également nos remerciements à Mlle Sigoillot pour avoir si bien fait nos dessins.



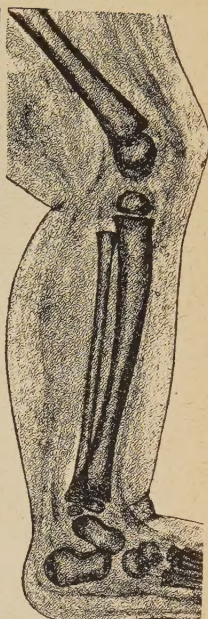
I



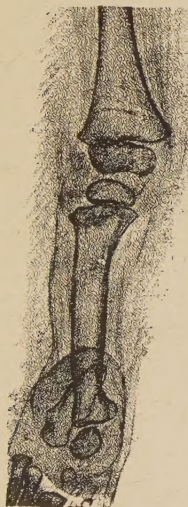
II



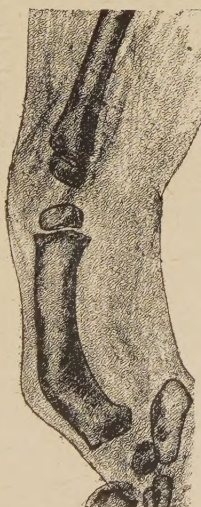
III



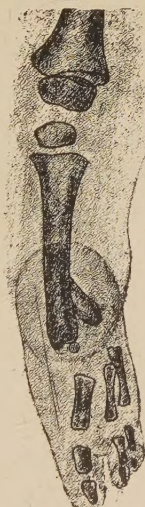
IV



V



VI



VII



VIII



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'absence congénitale du péroné est la moins rare des absences d'os, de ce qu'on appelle en style de tératologiste les hémimélies longitudinales intercalaires.

Le plus souvent, cette lésion est unilatérale, et peut se voir dans les deux sexes.

Fréquemment, cette absence du péroné est totale ; cependant, dans un tiers des cas environ, elle peut être partielle, et c'est alors la partie inférieure qui fait défaut.

Toutes les fois qu'un des os manque à l'avant-bras ou à la jambe, ou plutôt lorsqu'il est remplacé par un cordon fibreux, ce qui semble être la règle, cela s'accompagne de malformations complexes. Le membre est toujours plus ou moins atrophié, et d'autre part, il est habituel qu'il y ait des malformations concomitantes des doigts et des orteils. Presque toujours, il y a absence d'un ou deux de ceux-ci, voir figure VII et VIII ; quelquefois de trois, au côté correspondant au rayon osseux absent antibrachial ou jambier. Par exception, on peut observer, au contraire, un doigt supplémentaire.

L'os restant est toujours plus ou moins atrophié, mais il existe, il se développe en longueur et de là résulte une déviation quelquefois considérable de la main ou du pied vers le bord du membre, où manque un os. Cela

se comprend, par inégalité entre les deux bords, la main ou le pied se déviant vers le bord le plus court.

A la jambe, cela est moins marqué dans les cas d'absence partielle, lorsque persiste l'extrémité inférieure, c'est-à-dire la malléole externe faisant cale en dehors.

Mais, il y a des absences congénitales totales où la déviation en valgus est relativement légère, compatible avec la marche sur la plante du pied à plat.

C'est le cas, par exemple, de l'enfant dont nous publions l'observation et les radiographies, figures I et II.

Mais, chez cet enfant existe à un degré très accentué une lésion constante, mais souvent médiocre : *un raccourcissement du tibia déformé*. C'est le seul point sur lequel nous voulions attirer l'attention dans notre thèse.

Presque toujours, lorsque le péroné est absent en totalité, quelquefois même en partie, le tibia est gros, massif, la plupart du temps plus ou moins incurvé à concavité antérieure. Cette dernière déformation peut être considérable comme on le voit sur les figures V à VIII, d'après une radiographie prise sur un enfant jeune.

De cette incurvation résulte, dans les cas accentués, une position du pied en équinisme, la plante regardant directement en arrière, et certainement aussi une perte de longueur du membre.

Mais celle-ci a pour cause à peu près exclusive un trouble dans l'évolution de l'accroissement en longueur, par ossification du cartilage conjugal.

On sait que cet accroissement en longueur a pour siège principal, au membre inférieur, les cartilages conjugaux voisins du genou, c'est-à-dire pour le tibia, le cartilage supérieur.

Or, lorsqu'on regarde les radiographies dans les cas d'absence du péroné avec défaut d'allongement du tibia, on constate que l'épiphyse supérieure est, sinon intacte (ce que l'image ne permet pas de préciser), au moins d'aspect radiographique quelquefois à peu près normal, pour le volume du point épiphysaire. la largeur, l'épaisseur et la direction du cartilage conjugal, le degré d'opacité des os adjacents.

Par contre, l'anomalie de l'épiphyse inférieure est considérable sur les figures que nous reproduisons ici.

Lorsqu'on regarde les figures V à VIII, il est net, sur la vue de profil que, le noyau épiphysaire supérieur paraissant bien conformé, l'extrémité diaphysaire correspondante n'est pas de forme normale. Elle présente en arrière une saillie anormale ; et la ligne conjugale correspondante est étroite et assez régulière. Mais il est évident que ces déformations ne sauraient se comparer à celles de l'extrémité inférieure, où l'on constate à la fois la petitesse, en arrière surtout, du noyau épiphy-

saire et de la ligne conjugale. Cette ligne cartilagineuse s'arrête avant le bord diaphysaire correspondant, c'est-à-dire que le noyau osseux, aminci en arrière, est nettement plus petit que l'extrémité diaphysaire.

La radiographie du côté sain n'a pas été prise, mais on l'a, par comparaison, chez la fille de 14 mois, des figures III et IV.

Sur ces figures apparaît avec netteté parfaite la diminution de volume, en tous sens, de ce noyau.

Chez les enfants des figures V à VIII, nous n'avons aussi que la radiographie du côté malade ; mais, on constate avec certitude que, à 22 mois chez l'un, à 2 ans chez l'autre, il n'y a pas trace de noyau osseux épiphysaire inférieur. Tandis que le noyau supérieur est bien développé, comme d'ailleurs dans le cas précédent (où on peut le comparer à celui du côté sain).

On voit sur la figure VII que la forme en cône mousse de l'extrémité inférieure de la diaphyse tibiale est anormale.

De ce trouble du développement conjugal inférieur résulte un raccourcissement relatif important.

Chez cette fille de 5 ans $1/2$, de notre observation, il est déjà de 4 cm (18 cm et 22 cm). On note, de plus, que le fémur correspondant à 15 millimètres de moins que celui du côté opposé (25 cm et 26 cm 5). Et il est certain que le retard de développement continuera, en

sorte que l'on peut finalement, une fois la croissance terminée, avoir une très forte inégalité entre les deux membres inférieurs.

C'est un fait pratiquement très important pour le traitement.

Lorsque le raccourcissement est léger, ne dépasse pas 3 à 4 cm, il suffit la plupart du temps d'une chaussure pour pied plat valgus. Lorsque le valgus est important, ce qui est plus rare qu'on ne le pense, même quand la malléole externe fait défaut, on fixe par arthrodèse tibio-astragalienne le pied à angle droit. Mais le raccourcissement peut être tel qu'une chaussure à semelle élevée soit insuffisante. Il faut alors, comme M. Broca l'a prescrit chez l'enfant de notre observation, faire marcher sur un petit pilon, au-dessous d'un plan d'appui horizontal pour la plante du pied, celle-ci, pouvant reposer à plat, d'elle-même ou après opération.

Chez l'enfant des figures V et VI, M. Broca a fait une ostéotomie cunéiforme pour redresser la courbure tibiale, et, contrairement à ce qui a lieu en général pour les incurvations sans absence du péroné, la consolidation a eu lieu dans les délais normaux.

OBSERVATION

Marguerite C..., âgée de 5 ans 1/2, est amenée, le 8 février 1924, dans le service de M. le professeur Broca.

Antécédents héréditaires :

Son père présente des ganglions bacillaires. Sa mère aurait été opérée de reins flottants et d'une salpingite.

Aucune malformation à signaler dans la famille. C'est la cinquième enfant ; les autres sont tous nés sans difformités. Cette cinquième grossesse de la mère n'a présenté aucune particularité et l'accouchement a été normal.

Après cette fille, la mère aurait eu des hémorragies après retard de règles : quatre fausses couches probablement. Elle aurait été traitée par des injections (?).

Antécédents personnels :

Née à terme, présentation du sommet. Elle a toujours eu une bonne santé, jamais de maladies graves. Dès la naissance, la mère remarque que le membre inférieur droit est plus court que le gauche. Elle prétend que ce raccourcissement, mesuré le jour même de l'accouchement, était déjà de 7 cm et qu'il n'aurait pas augmenté depuis.

Examen de l'enfant :

A l'inspection. — Raccourcissement considérable du membre inférieur droit. La jambe présente une incurvation à convexité antérieure.

A la palpation. — Mesures du raccourcissement :

1° Enfant couchée. — Mensurations de la pointe de la rotule à molléole interne :

A gauche : 22 cm ;

A droite : 18 cm.

2° Enfant debout :

A gauche : léger pied plat ;

A droite : Du talon au sol, 7 cm de raccourcissement, l'enfant compense par un équinisme de 130° environ.

La crête tibiale est saillante, aiguë sous les téguments. Le maximum de la convexité sur cette crête se trouve un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe à 11 cm au-dessous de la rotule.

Cette incurvation n'est pas nettement antéro-postérieure. Il existe un certain degré d'incurvation en dedans.

A la partie antérieure, au niveau du maximum de la saillie tibiale, on trouve un pli cutané vertical de 3 cm environ qui, d'après la mère, était beaucoup plus profond à la naissance.

A la partie externe de la jambe droite, la palpation révèle une absence du péroné. On sent cependant, à la partie inférieure, au-dessous des muscles péroniens, une petite saillie osseuse.

La radiographie ci-contre, fig. I et II, montre cependant une absence totale du péroné et ne permet pas de conclure à la présence d'une malléole externe.

La mère prétend que, de temps en temps, l'enfant tombant sur l'avant-bras présente un déplacement des os qui l'empêche de fléchir le coude. Elle force elle-même ce déplacement et tout devient normal (?).

Traitement. — En présence d'un raccourcissement si fort, M. Broca a prescrit aux parents de faire marcher l'enfant sur un petit pilon, au-dessous d'un plan d'appui horizontal pour la plante du pied.

CONCLUSIONS

1° L'absence congénitale du péroné s'accompagne de troubles de développement du tibia, qui est massif et court ;

2° D'après les radiographies, les troubles juxta-épiphyssaires sont plus importants à l'extrémité inférieure du tibia qu'à la supérieure ;

3° Quand le raccourcissement est léger, ne dépassant pas 3 à 4 cm, on peut se contenter, le plus souvent d'une chaussure à semelle élevée, tandis que le raccourcissement accentué oblige au port d'un appareil prothétique avec petit pilon.

Vu : Le Doyen,

H. ROGER.

Vu : Le Président de thèse,

A. BROCA.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.